

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA Tn. L. A DENGAN DEMENSIA DI WISMA KENANGA UPT PANTI SOSIAL PENYANTUN LANJUT USIA BUDI AGUNG KUPANG**

**Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan  
Untuk Menyelesaikan Studi Diploma III Keperawatan  
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



**NAMA : EDITH THERESIA GOY**

**NIM : PO. 530320116243**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA  
KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG JURUSAN  
KEPERAWATAN  
TAHUN 2019**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Studi Khusus oleh Edith Theresia Goy, NIM PO 530320116243  
Dengan Judul Asuhan Keperawatan Lansia Tn. L.A Dengan Dimensia Di Upt  
Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang Kelurahan Oepura  
Kecamatan Maulafa telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Tanggal, 10 juni 2019

Pembimbing



Dr. Rafael Paun SKM, M.Kes

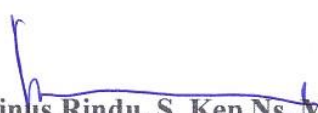
Nip: 195702151982011001

## LEMBAR PENGESAHAN


Laporan Studi Khusus oleh Edith Theresia Goy, NIM PO 530320116243  
Dengan Judul Asuhan Keperawatan Lansia Tn. L.A Dengan Dimensia Di Upt  
Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang telah di paparkan di  
depan penguji pada tanggal

### Dewan Penguji

#### Penguji I

  
Yustinus Rindu, S. Kep, Ns., M. Kep  
Nip: 196612311989011001

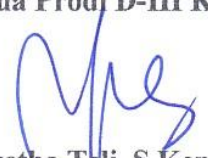
#### Penguji II

  
Dr. Rafael Paun SKM, M. Kes  
Nip: 195702151982011001

#### Mengesahkan Ketua Jurusan keperawatan

  
Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes  
NIP. 19691128 199303 1 005

#### Mengetahui Ketua Prodi D-III Keperawatan

  
Margaretha Teli, S. Kep, NS., MSc-PH  
NIP. 19770727 200003 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Edith Theresia Goy

NIM : PO.530320116243

Program Studi : DIII Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Studi Khusus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil atau pikiran saya sendiri.

Apanila di kemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Studi Khusus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Kupang, 10 juni 2019

Pembuat Pernyataan

Edith theresia goy  
PO530320116243

Mengetahi Pembimbing



Dr. Rafael Paun SKM, M.Kes  
Nip: 195702151982011001

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Edith Theresia Goy  
TTL : Bajawa, 09 September 1998  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jln. Franseda  
Riwayat Pendidikan : SDK Jerebuu tamat pada tahun 2010  
: SMPK Yosef soedarso Tamat Pada tahun 2013  
: SMAN 2 Kupang Tamat pada tahun 2016  
: Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik  
Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang

## **MOTO**

**“PENGETAHUAN ADALAH SENJATA YANG PALING HEBAT UNTUK  
MENGUBAHDUNIA”**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA PADA TN. L.A DENGAN DEMENSIA DI UPT. PANTI SOSIAL PENYANTUN LANJUT USIA BUDI AGUNG KUPANG”.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak Dr. Rafael paun...,SKM.,M.Kesselaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi. dan juga tidak lupa terima kasih kepada Bapak Yustinus Rindu S.Kep.,Ns.M.Kepselaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini. penulis juga mengucapkan limpah terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Ragu Harning Kristina SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Dr. Florentianus Tat SKM., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang Yang telah membimbing dan memimpin selama perkuliahan
3. Kepada seluruh Dosen dan Karyawan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kupang.
4. Kepada pengasuh Wisma Kenanga yang memperkenalkan penulis melakukan penelitian dan seluruh pegawai dan perawat Upt. Panti werda budi agung kupang

5. Orang Tua tercinta, Bapak serfasius dan Ibu Margharetha yang telah membesarkan dan mendidik, memotivasi, mengurus saya serta memberikan dukungan baik.
6. Bapa Vinsen Sulu dan Mama Voni tercinta selaku orang tua wali, yang dengan sepenuh hati mengurus, memotivasi, mendidik, dan memberikan dukungan dan membantu saya dari SMA sampai perkuliahan.
7. Kakak dan Adik, om hery, K ronda, K igo, ade nesti, ade elonora, ade klarita, ade kristian, ade eflin, ade egen dan berto yang dengan penuh cinta dan sayang memberikan dukungan doa, moril dan materi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
8. Sahabat-sahabatku tercinta, serlyn, efa, beatrix kensu, dan semua teman-teman tingkat 3 reguler A yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
9. Teman- teman seperjuangan meraih gelar, k bian, ayu, dan k gonsa yang selalu memberikan motivasi dalam menyelesaikan Studi Kasus ini dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat konstruktif dari pembaca sangat diharapkan demi kesempurnaan dari Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga segala budi baik dari semua pihak diberkati oleh Tuhan Yang Maha Esa.

Akhirnya, penulis mengharapkan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Kupang, 10 juni 2019  
Penulis

Edith Theresia goy

## **ABSTRAK**

**EDITH THERESIA GOY, PO530320116243, 2019, Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Dimensia Di UPT. Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung, Kupang.**

**Latar Belakang :** Seiring dengan semakin lanjut usia mental serta kecakapan fisik melambat sampai beberapa tingkat sehingga lansia distigmatisasi sebagai bagian bawah dalam kelompok sosial dan kebutuhan khusus mereka kurang dikenali sehingga perawatan lansia. Tujuannya memberikan perawatan pada lansia berupa asuhan keperawatan untuk mempertahankan individualitas dan pemberdayaan dengan menggunakan metode proses keperawatan yang meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

**Metode :** Deskriptif dengan menggunakan jenis penelitian kualitatif yang kegiatannya berupa studi kasus dengan judul Asuhan Keperawatan Lansia Tn. L.A dengan Demensia di Wisma Teratai UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung, Kupang.

**Hasil :** Masalah keperawatan didapatkan pada Tn. L.A adalah didapatkan hasil pengkajian kognitif prioritas, diagnosa keperawatan keluarga yang pertama : kerusakan memori, defisit perawatan diri Mandi yang dirawat selama 4 hari dengan melakukan mengenali nama orang, waktu, tempat, tanggal, hari, jam, bulan tahun, memotivasi pasien untuk mandi, membantu pasien mandi, pada diagnosa pertama hampir teratasi dan diagnosa ke dua masalah belum teratasi di karenakan waktu penelitian yang sangat singkat maka intervensi di lanjutkan oleh perawat panti atau pengasuh wisma.

**Kesimpulan :** Masalah keperawatan kerusakan memori, defisit perawatan diri Mandi perlu perawatan lanjutan baik dilakukan oleh perawat panti dan pengasuh wisma

**Kata Kunci : Lansia, Demensia , kerusakan , memori**



## DAFTAR ISI

### *Halaman*

Halaman Depan	
Lembar Persetujuan.....	i
Lembar Pengesahan. ....	ii
Surat Pernyataan Keaslian Karya Tulis Ilmiah. ....	iii
Biodata penulis. ....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vi
Daftar Isi .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Tujuan Penulisan Studi Kasus .....	4
1.3 Manfaat Penulisan Studi Kasus .....	5
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>	
2.1. Konsep Dimensia .....	6
2.1.1 . Definisi Dimensia .....	6
2.1.2 . Penyebab Dimensia .....	7
2.1.3 . Patofisiologi Dimensia.....	7
2.1.4 . Tanda Dan Gejala Dimensia.....	7
2.1.5 . Klasifikasi Dimensia.....	9
2.1.6 . Pencegahan Dimensia .....	9
2.1.7 . Penatalaksanaan Dimensia.....	10
2.1.8 . Komplikasi Dimensia .....	11
2.2. Konsep Lansia .....	13
2.2.1. Definisi Lansia .....	13
2.2.2. Batasan Lansia.....	14
2.2.3. Teori Proses Penuaan Pada Lansia.....	14
2.2.4. Ciri-Ciri Lansia.....	15
2.2.5. Tujuan Keperawatan Gerontik.....	16
2.2.6. Perkembangan Lansia.....	17
2.2.7. Permasalahan Yang Terjadi Pada Lansia.....	17
2.2.8. Tujuan Pelayanan Kesehatan Lansia.....	18
2.2.9. Prinsip Etika Pada Pelayanan Kesehatan Lansia.....	18
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Demensia .....	18
2.3.1 Pengkajian .....	18
2.3.2 Diagnosa Keperawatan .....	27
2.3.3 Perencanaan Keperawatan .....	27
2.3.4 Tindakan Keperawatan .....	31
2.3.5 Evaluasi Keperawatan .....	32

### **BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN**

3.1. Hasil Studi Khusus .....	33
3.2 Pembahasan .....	33
3.3 Keterbatasan Dalam Menulis .....	33

### **BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	51
5.2 Saran .....	53

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Salah satu kemajuan suatu bangsa dipandang dari usia harapan hidup yang meningkat pada lansia. Data menurut WHO pada tahun 2009 menunjukkan lansia berjumlah 7,49% dari data populasi, Tahun 2011 menjadi 7,69% pada tahun 2013 populasi lansia sebesar 8,1% dari total populasi. Dan di Indonesia tahun 2014 mencapai 18 juta jiwa dan diperkirakan akan meningkat menjadi 41 juta jiwa di tahun 2035 serta lebih dari 80 juta jiwa di tahun 2050. Tahun 2050, satu dari empat penduduk Indonesia adalah penduduk lansia dan lebih mudah menemukan penduduk lansia dibandingkan bayi atau balita. Lanjut usia pasti mengalami masalah kesehatan yang diawali dengan kemunduran selsel tubuh, sehingga fungsi dan daya tahan tubuh menurun serta faktor resiko terhadap penyakit pun meningkat. Masalah kesehatan yang sering dialami lanjut usia adalah malnutrisi, gangguan keseimbangan, kebingungan mendadak, termasuk, beberapa penyakit seperti hipertensi, gangguan pendengaran, penglihatan dan demensia. Prevalensi demensia terhitung mencapai 35,6 juta jiwa di dunia. Angka kejadian ini diperkirakan akan meningkat dua kali lipat setiap 20 tahun, yaitu 65,7 juta pada tahun 2030 dan 115,4 juta pada tahun 2050. Peningkatan prevalensi demensia mengikuti peningkatan populasi lanjut usia (lansia). Berdasarkan data tersebut dapat dilihat terjadi peningkatan prevalensi demensia setiap 20 tahun. Menurut Kyoto 2011 menyatakan tingkat prevalensi dan insidensi demensia di Indonesia menempati urutan keempat setelah China, India, dan Jepang. Data demensia di Indonesia pada lanjut usia (lansia) yang berumur 65 tahun ke atas adalah 5% dari populasi lansia.

Prevalensi demensia meningkat menjadi 20% pada lansia berumur 85 tahun ke atas. Berdasarkan data yang diperoleh di UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung, Kupang sebanyak orang 87 pada tahun 2017 dan data pada tahun 2019 dengan berjumlah 65 orang. Lansia yang mengalami demensia

sebanyak demensia berat 2 orang, demensia sedang 21 orang, demensia ringan 12 orang.

Gangguan kognitif merupakan kondisi atau proses patofisiologis yang dapat merusak atau mengubah jaringan otak mengganggu fungsi serebral, tanpa memperhatikan penyebab fisik, gejala khasnya berupa kerusakan kognitif, disfungsi perilaku dan perubahan kepribadian (Copel, 2007). Gangguan kognitif erat hubungannya dengan fungsi otak, karena kemampuan pasien untuk berpikir akan dipengaruhi oleh keadaan otak. Gangguan kognitif antara lain delirium dan demensia (Azizah, 2011).

Demensia terjadi karena adanya gangguan fungsi kognitif. Fungsi kognitif merupakan proses mental dalam memperoleh pengetahuan atau kemampuan kecerdasan, yang meliputi cara berpikir, daya ingat, pengertian, serta pelaksanaan (Santoso&Ismail, 2009). Demensia juga berdampak pada pengiriman dan penerimaan pesan. Dampak pada penerimaan pesan, antara lain: lansia mudah lupa terhadap pesan yang baru saja diterimanya; kurang mampu membuat koordinasi dan mengaitkan pesan dengan konteks yang menyertai; salah menangkap pesan; sulit membuat kesimpulan. Dampak pada pengiriman pesan, antara lain: lansia kurang mampu membuat pesan yang bersifat kompleks; bingung pada saat mengirim pesan; sering terjadi gangguan bicara; pesan yang disampaikan salah (Nugroho, 2009). Upaya yang dapat dilakukan oleh tenaga keperawatan untuk mencegah penurunan fungsi kognitif pada lansia demensia yaitu dengan terapi kolaboratif farmakologis dan terapi non farmakologis. Terapi kolaboratif farmakologis yaitu donezepil, galatamine, rivastigmine, tetapi masing-masing obat tersebut memiliki efek samping.

Berdasarkan masalah yang telah diuraikan diatas, maka penulis tertarik untuk studi kasus tentang asuhan keperawatan pada lansia dengan Demensia di UPT. Panti Sosial Penyantun lanjut usia budi agung Kupang diruangan Teratai

## **1.2. Rumusan Masalah**

Dari latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “Apakah ada pengaruh terapi terhadap fungsi kognitif pada lansia dengan kecurigaan demensia”. Asuhan keperawatan dengan demensia dilakukan mulai dari pengkajian,

Analisis Data, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, Dan Evaluasi yang di lakukan selama empat hari Di Panti Werda Budi Agung Kupang.

### **1.3. Tujuan Studi Kasus**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Melakukan proses asuhan keperawatan pada Tn. L.A dengan demensia melalui proses keperawatan Di Panti Wreda Budi Agung Kupang.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- 1) Melakukan pengkajian fungsi kognitif pada lansia dengan demensia sebelum fungsi serebral, tanpa memperhatikan penyebab fisik, gejala khasnya berupa kerusakan kognitif diberikan terapi di Panti Werda Budi Agung Kupang.
- 2) Menganalisis data dan merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. L.A Di Panti Wreda Budi Agung Kupang.
- 3) Merencanakan intervensi keperawatan pada Tn. L.A dengan demensia di Panti Werda Budi Agung Kupang.
- 4) Melaksanakan Asuhan Keperawatan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada Tn. L.A dengan demensia di Panti Werda Budi Agung Kupang.
- 5) Melakukan Evaluasi terhadap tindakan keperawatan pada lansia dengan demensia di Panti Werda Budi Agung Kupang.

### **1.3. Manfaat Studi Kasus**

#### **1.3.1 Manfaat Teoritis**

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan ilmu terutama pada bagian ilmu gerontologi dan keperawatan gerontik, sehingga para tenaga kesehatan dapat mengetahui proses perawatan lansia dengan demensia secara benar.

#### **1.3.2. Manfaat Praktisi**

##### **1) Bagi Lansia**

Agar asuhan keperawatan yang diberikan kepada lansia dapat bermanfaat untuk aktifitas sehari-hari pada lansia dengan demensia

##### **2) Bagi Panti Werda Budi Agung**

Memberikan informasi dan masukan secara objektif dalam penanganan lansia demensia di panti

3). Bagi Perawat Gerontik

Dapat mengenal asuhan keperawatan lansia dan dapat menerapkan asuhan keperawatan dengan baik, mempelajari kognitif lansia Demensia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Dimensi**

##### **2.1.1. Definisi Dimensi**

Demensia adalah gangguan fungsi intelektual tanpa gangguan fungsi atau keadaan yang terjadi. Memori, pengetahuan umum, pikiran abstrak, penilaian, dan interpretasi atas komunikasi tertulis dan lisan dapat terganggu. Demensia merupakan sindrom yang ditandai oleh berbagai gangguan fungsi kognitif antara lain intelegensi, belajar dan daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi perhatian dan konsentrasi, penyesuaian dan kemampuan bersosialisasi (Corwin, 2009).

Demensia alzheimer adalah penyakit degeneratif otak yang progresif, yang mematikan sel otak sehingga mengakibatkan menurunnya daya ingat, kemampuan berpikir, dan perubahan perilaku. Demensia alzheimer merupakan penyakit neurodegeneratif progresif dengan gambaran klinis dan patologi yang khas, bervariasi dalam awitan, umur, berbagai gambar gangguan kognitif, dan kecepatan pemburukannya.

##### **2.1.2. Penyebab demensia menurut Nugraho (2009)**

- 1) Sindroma demensia dengan penyakit yang etiologi dasarnya tidak dikenal kelainan yaitu : terdapat pada tingkat subseluler atau secara biokimiawi pada sistem enzim, atau pada metabolisme
- 2) Sindroma demensia dengan etiologi yang dikenal tetapi belum dapat diobati, penyebab utama dalam golongan ini diantaranya : Penyakit degenerasi spino – serebular.a). Sub akut leuko-ensefalitis sklerotik fan bogaert dan b) Khores Huntington.
- 3) Sindrome demensia dengan etiologi penyakit yang dapat diobati, dalam golongan ini diantaranya :a). Penyakit cerebro kardiovaskuler dan b) penyakit Alzheimer.

##### **2.1.3. Patofisiologi Demensia**

Proses menua tidak dengan sendirinya menyebabkan terjadinya demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimiawi di susunan saraf pusat yaitu berat otak akan menurun sebanyak sekitar 10 % pada penuaan antara umur 30 sampai 70 tahun. Berbagai faktor etiologi yang telah disebutkan di atas merupakan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi sel-sel neuron korteks serebri. Penyakit degeneratif pada otak, gangguan vaskular dan penyakit lainnya, serta gangguan nutrisi, metabolik dan toksisitas secara langsung maupun tak langsung dapat menyebabkan sel neuron mengalami kerusakan melalui mekanisme iskemia, infark, inflamasi, deposisi protein abnormal sehingga jumlah neuron menurun dan mengganggu fungsi dari area kortikal ataupun subkortika. Di samping itu, kadar neurotransmitter di otak yang diperlukan untuk proses konduksi saraf juga akan berkurang. Hal ini akan menimbulkan gangguan fungsi kognitif (daya ingat, daya pikir dan belajar), gangguan sensorium (perhatian, kesadaran), persepsi, isi pikir, emosi dan mood. Fungsi yang mengalami gangguan tergantung lokasi area yang terkena (kortikal atau subkortikal) atau penyebabnya, karena manifestasinya dapat berbeda. Keadaan patologis dari hal tersebut akan memicu keadaan konfusio akut demensia menurut Boedhi-Darmojo (2009).

#### **2.1.4. Manifestasi klinis demensia**

Gejala klinis demensia berlangsung lama dan bertahap sehingga pasien dengan keluarga tidak menyadari secara pasti kapan timbulnya penyakit. Gejala klinik dari demensia Nugroho (2009) menyatakan jika dilihat secara umum tanda dan gejala demensia adalah :

- 1) Menurunnya daya ingat yang terus terjadi. Pada penderita demensia, lupa menjadi bagian keseharian yang tidak bisa lepas.
- 2) Gangguan orientasi waktu dan tempat, misalnya: lupa hari, minggu, bulan, tahun, tempat penderita demensia berada.
- 3) Penurunan dan ketidakmampuan menyusun kata menjadi kalimat yang benar, menggunakan kata yang tidak tepat untuk sebuah kondisi, mengulang kata atau cerita yang sama berkali-kali.
- 4) Ekspresi yang berlebihan, misalnya menangis berlebihan saat melihat sebuah drama televisi, marah besar pada kesalahan kecil



yang dilakukan orang lazin, rasa takut dan gugup yang tak beralasan.

- 5) Penderita demensia kadang tidak mengerti mengapa perasaan-perasaan tersebut muncul.
- 6) Adanya perubahan perilaku, seperti : acuh tak acuh, menarik diri dan gelisah.

#### **2.1.5. Klasifikasi Demensia**

Berdasarkan umur, perjalanan penyakit, kerusakan struktur otak, sifat klinisnya dan menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III).

- a. Menurut Umur:
  - 1) Demensia senilis (>65th)
  - 2) Demensia prasenilis (<65th).
- b. Menurut perjalanan penyakit.
  - 1) Ireversibel (Normal pressure hydrocephalus
  - 2) ematoma, Defisiensi vitamin B.
  - 3) Hipotiroidism, intoksikasi Pb
- c. Menurut kerusakan struktur otak
  - 1) Tipe Alzheimer
  - 2) Tipe non-Alzheimer.
  - 3) Demensia vaskular.
  - 4) Demensia Jisim Lewy (*Lewy Body* dementia.
  - 5) Demensia Lobus frontal-temporal.
  - 6) Demensia terkait dengan HIV-AIDS.
  - 7) Morbus Parkinson.
  - 8) Morbus Huntington.
  - 9) Morbus Pick.
  - 10) Morbus Jakob-Creutzfeldt.
  - 11) Sindrom Gerstmann-Sträussler-Scheinker

### **2.1.6. Pencegahan**

Hal yang dapat kita lakukan untuk menurunkan resiko terjadinya demensia diantaranya adalah menjaga ketajaman daya ingat dan senantiasa mengoptimalkan fungsi otak, seperti :

- 1) Mencegah masuknya zat-zat yang dapat merusak sel-sel otak seperti alkohol dan zat adiktif yang berlebihan
- 2) Membaca buku yang merangsang otak untuk berpikir hendaknya dilakukan setiap hari.
- 3) Melakukan kegiatan yang dapat membuat mental kita sehat dan aktif, seperti Kegiatan rohani & memperdalam ilmu agama.
- 4) Tetap berinteraksi dengan lingkungan, berkumpul dengan teman yang memiliki persamaan minat atau hobi.
- 5) Mengurangi stress dalam pekerjaan dan berusaha untuk tetap relaks dalam kehidupan sehari-hari dapat membuat otak kita tetap sehat.

### **2.1.7. Komplikasi demensia (Kushariyadi 2010)**

- 1) Peningkatan resiko infeksi di seluruh bagian tubuh yang terdiri dari;
  - a. Ulkus diabetikus
  - b. Infeksi saluran kencing dan
  - c. Pneumonia.
- 2) Thromboemboli, infarkmiokardium
  - a). Kejang
  - b). Kontraktur sendi
  - c). Kehilangan kemampuan untuk merawat diri
  - d).Malnutrisi dan dehidrasi akibat nafsu makan dan kesulitan dan
  - e). Menggunakan peralatan.

## **2.2. Konsep Lansia**

### **2.2.1. Pengertian Lansia**

Lansia adalah seorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas baik pria maupun wanita, yang masih aktif beraktifitas yang bekerja maupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafka sendiri hingga bergantung pada orang lain untuk menghidupi drinya sendiri (Nugroho, 2009). Lansia adalah seseorang

yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho, 2009).

Keperawatan Gerontik adalah Suatu bentuk pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu dan kiat/teknik keperawatan yang berbentuk bio-psiko-sosio-spiritual dan kultural yang holistik, ditujukan pada klien lanjut usia, baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

#### **2.2.2. Batasan Lansia**

1). WHO yang lama dan yang baru

1. Yang lama

Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun, \*. Usia tua (old) :75-90 tahun, Usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun.

2. Yang baru:

Setengah baya : 66- 79 tahun, Orang tua : 80- 99 tahun,  
Orang tua berusia panjang

#### **2.2.3. Teori Proses manua pada lansia**

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu, anak, deawasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun secara psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kuran jelas,

penghilataan semakin memburuk, gerakan lambat, dan otot tubuh yang tidak proposional.

#### **2.2.4. Ciri-ciri Lansia**

1). Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

2). Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tanggung rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

3). Lansia membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4). Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

#### **2.2.5. Tujuan Keperawatan Gerontik**

1. Membantu memahami individu terhadap perubahan di usia lanjut
2. Memoivasi masyarakat dalam upaya meningkatkan kesejahteraan lansia
3. Mengembalikan kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari
4. Mempertahankan kesehatan serta kemampuan lansia dengan jalan perawatan dan pencegahan.
5. Membantu mempertahankan serta membesarkan daya hidup atau semangat hidup klien lanjut usia.
6. Menolong dan merawat klien lanjut usia yang menderita penyakit atau mengalami gangguan tertentu (kronis maupun akut).
7. Merangsang para petugas kesehatan untuk dapat mengenal dan menegakkan diagnosa yang tepat dan dini apabila mereka menjumpai suatu kelainan tertentu.
8. Mencari upaya semaksimal mungkin, agar para klien lanjut usia yang menderita usia penyakit/ gangguan, masih dapat mempertahankan kebebasan yang maksimal tanpa perlu suatu pertolongan (memelihara kemandirian secara maksimal).

#### **2.2.6. Perkembangan Lansia**

Usia lanjut merupakan usia yang mendekati akhir siklus kehidupan manusia di dunia. Tahap ini dimulai dari 60 tahun sampai akhir kehidupan. Lansia merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan). Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain. Untuk menjelaskan penurunan pada tahap ini, terdapat

berbagai perbedaan teori, namun para ahli pada umumnya sepakat bahwa proses ini lebih banyak ditemukan pada faktor genetik.

#### **2.2.7. Permasalahan yang terjadi Lansia**

##### **1). Masalah fisik**

Masalah yang hadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra pengelihatannya yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga sering sakit.

##### **2). Masalah kognitif ( intelektual )**

Masalah yang hadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar.

##### **3). Masalah emosional**

Masalah yang hadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga menjadi sangat besar. Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi dan sering stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

##### **4). Masalah spiritual**

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

#### **2.2.8. Tujuan Pelayanan Kesehatan Lansia**

Pelayanan pada umumnya selalu memberikan arah dalam memudahkan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan sosial, kesehatan, perawatan dan meningkatkan mutu pelayanan bagi lansia. Tujuan pelayanan kesehatan pada lansia terdiri dari :

- a) Mempertahankan derajat kesehatan para lansia pada taraf yang setinggi-tingginya, sehingga terhindar dari penyakit atau gangguan.
- b) Memelihara kondisi kesehatan dengan aktifitas-aktifitas fisik dan mental.
- c) Mencari upaya semaksimal mungkin agar para lansia yang menderita suatu penyakit atau gangguan, masih dapat mempertahankan kemandirian yang optimal.
- d) Mendampingi dan memberikan bantuan moril dan perhatian pada lansia yang berada dalam fase terminal sehingga lansia dapat menghadapi kematian dengan tenang dan bermartabat. Fungsipelayanan dapat dilaksanakan pada pusat pelayanan sosial lansia, pusat informasi pelayanan sosial lansia, dan pusat pengembangan pelayanan sosial lansia dan pusat pemberdayaan lansia.

#### **2.2.9. Prinsip Etika Pada Pelayanan Kesehatan Lansia**

Beberapa prinsip etika yang harus dijalankan dalam pelayanan pada lansia adalah

##### **1). Empati**

Istilah empati menyangkut pengertian “simpati atas dasar pengertian yang dalam” artinya upaya pelayanan pada lansia harus memandang seorang lansia yang sakit dengan pengertian, kasih sayang dan memahami rasa penderitaan yang dialami oleh penderita tersebut. Tindakan empati harus dilaksanakan dengan wajar, tidak berlebihan, sehingga tidak memberi kesan over protective dan belas-kasihan. Oleh karena itu semua petugas geriatrik harus memahami peroses fisiologis dan patologik dari penderita lansia.

##### **2). Non maleficence dan beneficence.**

Pelayanan pada lansia selalu didasarkan pada keharusan untuk mengerjakan yang baik dan harus menghindari tindakan yang menambah penderitaan (harm). Sebagai contoh, upaya pemberian posisi baring yang tepat untuk menghindari rasa nyeri, pemberian analgesik (kalau perlu dengan derivate morfina) yang cukup, pengucapan kata-kata hiburan

merupakan contoh berbagai hal yang mungkin mudah dan praktis untuk dikerjakan.

### 3). Otonomi

Suatu prinsip bahwa seorang individu mempunyai hak untuk menentukan nasibnya, dan mengemukakan keinginannya sendiri. Dalam etika ketimuran, seringkali hal ini dibantu (atau menjadi semakin rumit) oleh pendapat keluarga dekat. Jadi secara hakiki, prinsip otonomi berupaya untuk melindungi penderita yang fungsional masih kapabel (sedangkan non-maleficence dan beneficence lebih bersifat melindungi penderita yang inkapabel). Dalam berbagai halaspek etik ini seolah-olah memakai prinsip paternalisme, dimana seseorang menjadi wakil dari orang lain untuk membuat suatu keputusan (misalnya seorang ayah membuat keputusan bagi anaknya yang belum dewasa).

## **2.3.Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Dimensia**

### **2.3.1. Pengkajian**

#### 1). Biodata

Nama klien perlu diketahui untuk mengidentifikasi kebenaran nama dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Alamat perlu dilengkapi secara jelas untuk bisa dihubungi. Umur perlu diketahui untuk mengetahui berapa umur pasien sekarang sehingga tidak salah dalam pemberian dosis obat, melakukan tindakan keperawatan dan melayani terapi guna mempercepat proses penyembuhan pasien di pelayanan kesehatan. Pekerjaan pasien perlu dikaji untuk mengetahui kondisi ekonomi dalam proses administrasi pasien selama dirawat di fasilitas kesehatan. Tanggal masuk perlu diketahui berapa lama klien tinggal di panti. Alasan masuk panti karena suami meninggal

#### 2). Riwayat Keluarga

Pasangan (Apabila pasangan masih hidup): Status kesehatan, Umur, Pekerjaan. Anak –anak (Apabila anak-anak masih hidup): Nama dan alamat.



3). Riwayat Pekerjaan

Status pekerjaan saat ini, Pekerjaan sebelumnya, Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan

4). Riwayat Lingkungan Hidup

Tipe tempat tinggal, Jumlah kamar, Jumlah tingkat, Jumlah orang yang tinggal serumah, Derajat privasi, Tetangga terdekat

5). Riwayat Rekreasi/Hobi/minat, Keanggotaan klpk, Liburan/perjalanan

6). Sumber/Sistem pendukung yang digunakan: a), Dokter/Rumah sakit; b). Kontrol Kesehatan di Rumah sakit; c), Klinik dan d), Pelayanan kesehatan di rumah

7). Riwayat Kesehatan Saat Ini

Untuk mengetahui penyakit yang diderita 1 tahun terakhir sampai Penyakit yang diderita saat ini, dengan Keluhan yang dialami 1 tahun terakhir, termasuk Keluhan saat ini, cara pemahaman dan penatalaksanaan masalah kesehatan (mis. Diet khusus, mengganti balutan). Termasuk Penggunaan Obat, nama dan dosis obat serta cara penggunaannya sesuai instruksi Dokter,

8). Riwayat Alergi (catat agen dan reaksi spesifik) dan beberapa jenis onata yang sring tidak cocok dengan klien termasuk makanan

9). Riwayat peningkatan/penurunan berat badah

Indeks Massa Tubuh, Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/dengan orang lain)

10). Pola istirahat tidur, Lama tidur, Gangguan tidur yang sering dialami

11). Riwayat Kesehatan Masa Lalu; Penyakit masa kanak-2 sampai dewasa dan Penyakit serius/kronik, Trauma Perawatan di rumah sakit

12). Riwayat Keluarg

Silsilah keluarga (identifikasi kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan, anak-anak), Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

13. Tinjauan Sistem

Dalam tinjau sitem ini penulisa melakukan pemeriksaan fisi dari kepala sampai kaki menggunakan metode auto dan allo anamnesa serta Inpeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA) yang di awali dengan penilaian tingkat kesadaran dengan nilai noemal 15 yang terdri dari membukan mata dengan spontan nilainya 4, mampu berbicara secara verbal dengan nilai 5 dan klien mampu menunjukkan tempat yang sakit dengan nilai 6. Dan di ikuti dengan pengukuran TTVI: Tekanan darah, Nadi, Suhu, RR:

a). Kepala

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan heler penulis melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga.kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema, kemerahan dan palpasi apakah ada pembersaran kelenjar tiroid, dan JVP; sedangkan saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata.apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vona jugolari pada lehe.

b). Dada

Untuk dara dilakukan dengan cara Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultas (IPPA); saat dilakukan inspeksi terlihat bentuk dada, kesimetrisan, retraksi dinding dada; saat dilakukan Palpasi untukmengetahui batas jantung atas setinggi iga 2 dan bjb setinggi iga ke 6 bjk sejajar dengan gari midklavikula sedangkan bjk sejajar dengan garis prosesusspoideus, perkusi untuk mengetahui batas jantung dengan bunyi ketokan padat menunjukkan adanya jantung bagia dalam, sedangkan auskultasi

untuk mendengarkan bunyi jantung I terdengar pada S1 dan S2 bunyijantung 2 terdengar pada S3 dan S4 bunyi janutng tambahan terndengar jika ada kelainan pada jantung atau bunyi jantung murmur.

c). Abdomen:

**Inspeksi** bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan **palpasi** dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan struktur-struktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui area-area nyeri tekan dan adanya massa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal, dan kandung kemih. Lakukan **perkusi** di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal. Teknik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan. Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpanilah yang dominan karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar. Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada

kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites. **Auskultasi** abdomen dengan normal bising usus 15-35 x/menit: Letakkan kepala stetoskop sisi diafragma yang telah dihangatkan di daerah kuadran kiri bawah. Berikan tekanan ringan, minta pasien agar tidak berbicara. Bila mungkin diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksaan menentukan tidak adanya bising usus.

Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen. Dan dilanjutkan dengan menggunakan sisi bel stetoskop, untuk mendengarkan bunyi desiran dibagian epigastrik dan pada tiap kuadran diatas arteri aortik, ginjal, iliaka, femoral dan aorta torakal. Pada orang kurus mungkin dapat terlihat gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta.

d). Extremitas,

inspeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

14). Tes koordinasi/keseimbangan

No.	Aspek penilaian	Keterangan	Nilai
1	Berdiri dengan postur normal		4
2	Berdiri dengan postur normal (dengan mata tertutup)		
3	Berdiri dengan satu kaki	Kanan : Kiri :	1
4	Berdiri, fleksi trunk, dan berdiri ke posisi netral		3
5	Berdiri, lateral dan fleksi trunk		3
6	Berjalan, tempatkan salah satu tumit di depan jari kaki yang lain		3
7	Berjalan sepanjang garis lurus		4

8	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai		3
9	Berjalan mundur		3
10	Berjalan mengikuti lingkaran		3
11	Berjalan dengan tumit		2
12	Berjalan dengan ujung kaki		1
	JUMLAH		29

Kriteria penilaian:

4 :melakukan aktifitas dg lengkap

3 :sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

2 :dg bantuan sedang – maksimal

1 :tidak mampu melakukan aktivitas

Keterangan:

42 – 54 : Melakukan aktifitas dengan lengkap

28 – 41 : Sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

14 – 27 : Dengan bantuan sedang sampai maksimal

< 14 : Tidak mampu melakukan aktifitas

#### 15). Pemeriksaan Indeks Barthel

No	Jenis aktivitas	Nilai		Penilaian
		Bantuan	Mandiri	
1	Makan/minum	5	10	10
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	5-10	15	15
3	Kebersihan diri: cuci muka, menyisir, dll	0	5	5
4	Keluar/masuk kamar mandi	5	10	10
5	Mandi	0	5	5
6	Berjalan (jalan datar)	10	15	15
7	Naik turun tangga	5	10	5
8	Berpakaian/bersepatu	5	10	10
9	Mengontrol defekasi	5	10	10
10	Mengontrol berkemih	5	10	10

	Jumlah		100	95
--	--------	--	-----	----

Keterangan :

0 – 20 : Ketergantungan penuh/total

21 – 61 : Ketergantungan berat

62 – 90 : Ketergantungan moderat

1) – 99 : Ketergantungan ringan

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
		1	Tanggal berapa hari ini?
		2	Hari apa sekarang?
		3	Apa nama tempat ini?
		4	Di mana alamat Anda?
		5	Kapan Anda lahir?
		6	Berapa umur Anda?
		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
		9	Siapa nama ibu Anda?
		10	Angka 20 dikurangi 3=? Dan seterusnya dikurangi 3
			Jumlah

Keterangan :

Salah 0 – 3: fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5: kerusakan intelektual ringan

Salah 6 – 8: kerusakan intelektual sedang

Salah 9 – 10: kerusakan intelektual berat

17). MINI MENTAL STATUS EXAM (MMSE) Maximal 5 minimal 1

Keterangan :

Skor 24-30 = normal

Nilai 18-23 = gangguan kognitif sedang

Nilai 0-17 = gangguan kognitif berat

### **2.3.2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut NANDA 2015 dalam studi kasus ini ditemukan empat diagnosa keperawatan seperti:

- b. Kerusakan Memori dengan koden 00131
- c. Resiko Jatuh dengan kode 00155
- d. Defisit Perawatan Diri dengan kode 00131
- e. Hambatan Komunikasi Verbal dengan kode 00051

### **2.3.3. Intervensi Keperawatan**

1. Diagnosa kerusakan memori dengan kode 00131

Batasan karakteristik:

ketidakmampuan membuat ketrampilan yang telah di pelajari, ketidakmampuan mengingat informasi faktual, ketidakmampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan, tidak mampu mengingat peristiwa yang baru saja terjadi, tidak mampu menyimpan informasi baru, mudah lupa.

NOC :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kesadaran klien terhadap identitas personal, waktu dan tempat meningkat atau baik dengan indikator/ kriteria hasil:

- a) Mengenal kapan klien lahir
- b) Mengenal orang atau hal penting
- c) Mengenal hari bulan tahun dengan benar
- d) Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik
- e) Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat
- f) Klien mengenal identitas diri dengan baik dan
- g) Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat

NIC:

- a) Stimulasi memori dengan mengulangi pembicaraan secara jelas diakhir pertemuan dengan pasien
- b) Mengenali pengalaman masa lalu dengan pasien

- c) Menyediakan gambar untuk mengenal ingatannya kembali
- d) Kaji kemampuan klien dalam mengenal sesuatu (jam hari tanggal bulan tahun)
- e) Ingatkan kembali pengalaman masa lalu klien dan
- f) Kaji kemampuan kemampuan klien memahami dan memproses informasi.

## 2. Diagnosa Resiko Jatuh dengan kode 00055

Batasan karakteristik: Faktor risiko, Dewasa Usia 65 tahun atau lebih, Riwayat jatuh, Tinggal sendiri, Prosthesis eksremitas bawah, Gangguan fungsi kognitif

NOC:

Kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu untuk:

- a) Gerakan terkoordinasi : kemampuan otot untuk bekerjasama secara volunter untuk melakukan gerakan bertujuan.
- b) Kejadian jatuh: tidak ada kejadian jatuh.
- c) Pengetahuan: pemahaman pencegahan jatuh.
- d) Pengetahuan: kemampuan pribadi.

NIC:

- a) Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu.
- b) Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh.
- c) Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan.
- d) Sarankan alas kaki yang aman (tidak licin).
- e) Dorong aktivitas fisik pada siang hari.(menyapu, menyiram bunga agar pasien tidak dapat waktu untuk jalan).
- f) Pasang palang pegangan keselamatan kamar mandi.

## 3. Hambatan Komunikasi Verbal dengan kode 00051



Batasan Karakteristik: disorientasi orang, ruang, waktu, kesulitan memahami komunikasi, menolak bicara, tidak ada kontak mata, tidak bicara, ketidaktepatan verbalisasi ketidakmampuan menggunakan ekspresi wajah.

NOC:

Kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam klien mampu:

- a) Berkomunikasi : penerimaan interpretasi dan ekspresi pesan.
- b) Lisan, tulisan dan non verbal meningkat
- c) Pengolahan informasi klien mampu untuk memperoleh mengatur, menggunakan informasi.
- d) Mampu manajemen, kemampuan fisik yang dimiliki.
- e) Komunikasi ekspresif : (kesulitan berbicara, ekspresi, pesan verbal atau non verbal, yang bermakna.

NIC:

- a) Gunakan penerjemah jika diperlukan.
- b) Berikan satu kata simpel saat bertemu (selamat pagi)
- c) Dorong pasien untuk bicara perlahan.
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian berdiri di depan pasien.
- e) Gunakan kartu baca, gambar, dan lain-lain.
- f) Anjurkan untuk berbicara dalam kelompok wisata.
- g) Anjurkan untuk memberi stimulus komunikasi

#### 4. Diagnosa Defisit perawatan diri : ( Mandi 00108)

Batasan karakteristik: ketidakmampuan membasuh tubuh, ketidakmampuan mengakses kamar mandi, ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi. Ketidakmampuan mengatur air mandi, ketidakmampuan menjangkau sumber air.

NOC:

Dengan kriteria hasil Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan defisit perawatan diri selama 3 X 24 jam, diharapkan pasien

dapat meningkatkan perawatan diri selama dalam perawatan, dengan kriteria hasil:

- a) Mengambil alat/ bahan mandi.
- b) Mandi di bak mandi
- c) Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun
- d) Mencuci badan bagian atas dan bawah
- e) Mengeringkan badan menggunakan handuk.

NIC:

- a) Mandikan pasien dengan tepat
- b) Bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi
- c) Dorong pasien untuk mandi sendiri
- d) Berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri.
- e) Sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

#### **2.3.4.Implementasi Keperawatan**

Menurut Potter &Perry(2005)Tindakan keperawatan (Implementasi) adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yangdiperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan perawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien. Pelaksanaan keperawatan pada demensia dikembangkan untuk memantau tanda-tanda vital, melakukan latihan rentang pergerakan sendi aktif dan pasif, meminta klien untuk mengikuti perintah sederhana, memberikan stimulus terhadap sentuhan, membantu klien dalam personal hygiene, dan menjelaskan tentang penyakit, perawatan dan pengobatan Demensia.

#### **2.3.5.Evaluasi Keperawatan**

Menurut (Craven dan Hirnle 2000) evaluasi merupakan keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang tampilkan. Penilaian keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana, dan pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan lansia, maka beberapa kegiatan yang harus diikuti oleh perawat, antara lain:

- 1) Mengkaji ulang tujuan klien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan
- 2) Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan
- 3) Mengukur pencapaian tujuan
- 4) Mencatat keputusan atau hasil pengukuran pencapaian tujuan
- 5) Melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana keperawatan bila perlu.

Evaluasi hasil: Evaluasi ini berfokus pada respons dan fungsi klien. Respons perilaku lansia merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Cara membandingkan antara SOAP (Subjektive-Objektive-Assesment-Planning) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. S (Subjective) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari lansia setelah tindakan diberikan, O (Objective) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan, A (Assessment) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi, P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

## **BAB III**

### **HASIL STUDI KHASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. Hasil Studi Khusus**

Pada bab ini berisi rincian tentang studi kasus asuhan keperawatan lansia dengan Demensia yang telah dilakukan pada Tn. L.A pada tanggal 27-30 mei 2019 di Wisma Kenanga Upt. Panti penyantun lansia Budi Agung Kupang dengan Metode Wawancara.

##### **3.1.1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Penelitian ini dilakukan di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang yang berdiri pada tahun 1968, dengan nama Panti Tresna Werdha Budi Agung Kupang, dan sudah dipimpin oleh 7 orang pimpinan termasuk pimpinan yang sekarang. Panti tersebut beralamat di jalan Rambutan nomor 9 Oepura Kupang. Merupakan UPT kantor wilayah Depertemen Sosial Provinsi Nusa Tenggara Timur, yang dipimpin oleh Agustinus Gervasius, S.Pi. Pada tahun 2000, setelah depertemen social dilikuidasi dan dalam pelaksanaan otonomi daerah, panti penyantunan lanjut usia diserahkan kepada daerah dan berubah nama menjadi UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang dan pada tahun 2017 pemerintah melakukan perampingan stuktur organisasi sehingga berubah nama lagi menjadi UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia di Kupang Pada Dinas Sosial Provinsi NTT dengan visi “menuju lanjut usia sejahtera di hari tua” dan misi meningkatkan pelayanan kepada lansia melalui pemenuhan sedang, pangan dan papan. Meningkatkan jaminan sosial dan meningkatkan hubungan yang harmonis antara lansia dengan lansia, lansia dengan keluarga dan lansia dengan masyarakat.

Secara garis besar UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang mempunyai kapasitas tampung 100 orang. Kapasitas isi sebanyak 85 orang yang menempati 11 wisma, 3 wisma ditempati oleh lansia laki-laki, yaitu 1) Wisma Cemara, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh tinggal di luar wisma. 2). Wisma Mawar, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh tinggal di luar wisma. 3) Wisma

Kenanga, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 7 orang lansia dan 1 orang pengasuh. Dan 7 wisma lain di tempati oleh lansia wanita antara lain : 1) Wisma Melati terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 6 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 2) Wisma Teratai, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 3) Wisma Flamboyan, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 4). Wisma Cempaka, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 4 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 5) Wisma Sakura, terdapat 7 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia

dan 1 orang pengasuh. 6). Wisma Bougenvil, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 7) Wisma Kamboja, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 4 orang lansia dan 1 orang pengasuh. Sedangkan 1 wisma ditempati oleh lansia yang berkeluarga, yaitu Wisma Anggrek, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 3 pasang lansia dan 1 orang pengasuh. Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan kepada penerima manfaat adalah pegawai negeri sipil sebanyak 25 orang, dengan rincian : Sarjana (S1) 9 orang, Diploma III (D 3) 6 orang dan SMA 11 orang, dan pegawai non PNS 11 orang dengan rincian Sarjana (S1) 4 orang, Diploma III (D 3) 3 orang dan SMA 4 orang.

Lansia yang disantun di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang adalah lansia yang terlantar atau diterlantarkan sehingga tidak dipungut biaya penampungan. Lansia yang akan disantun harus memenuhi beberapa persyaratan diantaranya : Laki-laki/perempuan yang berusia 60 tahun ke atas, terlantar atau diterlantarkan dan miskin serta tidak mampu memenuhi kebutuhan jasmani, rohani maupun sosial, bersedia secara individu ataupun keluarga untuk disantun, sehat dan tidak menyidap penyakit menular atau masalah kejiwaan, bersedia untuk mengikuti peraturan yang berlaku di panti.

Sistem pelayanan kesehatan kepada lansia di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang dilayani oleh seorang perawat dan 2 orang dokter. Dengan bekerja sama dengan Puskesmas Sikumana dan semua rumah sakit yang berada di Kota Kupang. Perawat selain melakukan pemeriksaan fisik dan kesehatan pada lansia juga memberikan ceramah atau penyuluhan kesehatan setiap hari selasa dan memberikan beberapa terapi non farmakologi seperti terapi

tertawa, senam otak (*brain gims*) dan hidroterapi (rendam kaki pada air hangat). Sedangkan dokter melakukan pemeriksaan kesehatan pada lansia setiap hari sabtu dan pada situasi yang insidental.

### **3.1.2. Pengkajian**

#### **1). Identitas**

Studi kasus ini dilakukan pada Tn. L.A berumur 75 tahun jenis kelamin laki-laki, suku Rote, Agama Kristen protestan, Pendidikan perguruan tinggi, Status perkawinan Menikah, tanggal masuk panti 7 agustus 2015, alasan pasien masuk panti karena tidak ada yang mengurusnya Saat dikaji didapatkan pasien dengan diagnosa Demensia sedang.

#### **2). Riwayat keluarga**

Istri dari Tn. L.A masih hidup, istrinya sehat, berumur 73 tahun, bekerja sebagai IRT. Pasangan Tn. L.A memiliki 1 orang anak laki-laki bernama Tofri, anaknya tidak tinggal bersama karena sudah berkeluarga dan istri Tn L.A tinggal bersama anaknya.

#### **3). Riwayat pekerjaan**

Tn. L.A mengatakan dahulu bekerja sebagai PNS, Status pekerjaan saat ini: pensiunan PNS dan tinggal di panti jompo, Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan saat ini: kebutuhan di tanggung oleh Panti Werda Budi Agung Kupang.

#### **4). Riwayat lingkungan hidup**

Tipe tempat tinggal Permanen, Jumlah kamar 3 kamar, 3 kamar mandi, jumlah yang jumlah orang yang tinggal dalam rumah 6 orang

#### **5). Riwayat rekreasi**

Pasien mengatakan hobinya adalah bermain bola kaki bersama teman-teman di karenakan dulu pasien adalah guru olahraga, pasien juga pernah berlibur di kampung halamannya di Rote.

#### **6). Suber dukungan yang di gunakan**

Tn A.L mengatakan biasa periksa kesehatan di dokter tetapi pasien lupa nama dokter, klinik yang di gunakan adalah klinik panti werdah budi agung kupang.

7). Riwayat kesehatan saat ini

Penyakit yang di derita 1 tahun terakhir adalah dimensia dan malaria, penyakit yang di derita saat ini dimensia sedang, keluhan saat ini: Tn L.A mengatakan tidak bisa atau susah untuk mengingatkan kembali masa yang sudah lalu atau yang sudah terjadi bahkan lupa nama ibunya

8). Nutrisi

Kebiasaan makan 3 x sehari , pasien tidak ada diaet khusus atau pembatasan makanan, indek masa tubuh dari pasien dengan bb 55 kg tinggi badan 160 cm dengan menggunakan rumus IMT BB/TB kuadrat dan hasilnya 21,48 berat badan dalam kategori normal, pasien juga tidak ada masah intake makanan .

9). Pola istirahat tidur

Tn. L.A mengatakan lama ia tidur 2-5 jam, pasien mengalami gangguan tidur pada malam hari dikarenakan mendengar bunyi yang mengganggu tidur dan suasana kamar ribut.

10). Tinjauan sistem

a). Tingkat kesadaran Tn L.A adalah composmetis (CM) dengan hasil pengkajian Mata: 4, verbal: 5, motoriknya : 6 hasil pemeriksaan TTV: Td 110/70 mmH, suhu 36,6 pernapasan 19 x/ menit

b). Penilaian umum

Dari hasil pengkajian Tn. L.A mengatakan ia mengalami kelelahan, tidak mengalami perubahan bb satu tahun yang lalu, nafsu makan baik pasien mengalami kesulitan tidur, pasien memiliki kemampuan ADL yang baik.

c). Pengkjian integumen

Tidak ada luka, mengalami perubahan pigmentasi dan perubahan tekstur kulit, mengalami perubahan ramut dan juga kuku.

d). Hasil pengkajian kepala

Tn. A.L tidak sakit kepala, tidak trauma, tidak pusing, dan mengalami gatal pada kulit kepala.

e). Mata dan hidung

Tn. L.A mengalami perubahan penglihatan, tidak menggunakan kaca mata, tidak pernah melakukan pemeriksaan mata, Tn. L.A tidak mengalami masalah pada hidung.

f). Mulut dan tenggorokan

Tn. L.A mengatakan ia tidak mengalami sakit tenggorokan, tidak ada lesi, tidak ada perubahan suara, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada riwayat infeksi, tidak pernah periksa gigi, pola menggosok gigi 1 x sehari, tidak memakai gigi palsu.

g). Pernapasan dan Cardiovaskuler

Tn. L.A mengatakan dia tidak batuk, tidak sesak, tidak ada sputum, tidak ada riwayat asma. Pasien tidak mengalami gangguan cardio

h). Perkemihan

Frekuensi BAK 6 x sehari, tidak ada nyeri saat berkemih

i). Musculoskeletal

Tidak ada nyeri persendian, tidak ada pembengkakan sendi, pasien mengalami kelemahan otot

j). Sistem syaraf pusat

Pasien tidak mengalami sakit pada kepala, tidak kejang, tidak ada trauma, tidak mengalami tremor atau spasme, dan Tn. L.A mengalami masalah memori

11). Tes koordinasi/ keseimbangan

Tes koordinasi atau keseimbangan pada Tn. L.A dengan kriteria hasil 3 keterangannya: 28-42 ada sedikit bantuan ( untuk keseimbangan )

12). Pemeriksaan indeks barthel

Pemeriksaan indeks barthel pada Tn. L.A pasien mampu melakukan aktivitas sendiri tanpa ada bantuan dengan keterangan 100 : mandiri.

13). Pemeriksaan status kognitif (Short Portable Mental Status Questionnaire)



Pemeriksaan status kognitif pada Tn. L. A menjawab 10 pertanyaan salah 7 benar 3 pasien ada pada keterangan salah 6-8 : kerusakan intelektual sedang

14). Mini Mental Status Exam (MMSE) Maximal 5 minimal 1

Pemeriksaan status mental pada Tn. L. A dengan 11 pertanyaan pasien mampu menjawab dengan total nilai 23 sesuai keterangan bila mendapatkan nilai 18-23 yaitu pasien mengalami gangguan kognitif sedang

**3.1.3. Analisis Data**

DS: Tn. L. A mengatakan tidak bisa atau susah untuk mengingatkan kembali masalah tanggal, waktu, bulan dan tahun. Hanya mengetahui nama wisma yang dia tinggal

DO: Tn. L.A tidak dapat menjawab hari tanggal waktu tahun. pasien hanya Menjawab nama saja. pasien tidak mampu mengenal jam, hari, tanggal, bulan serta tahun. Tidak ingat nama ibu dan saudaranya. Pasien hanya Ingat nama anak dan istrinya. mengulang kata-kata yang diucapkan petugas. Pada fase pengertian verbal, pasien tidak mampu melakukan perintah yang ditulis petugas. Pada fase perintah tertulis, pasien tidak mampu melakukan perintah yang ditulis petugas. Pada fase menulis kalimat, pasien tidak mampu menulis satu kalimat yang bermakna. Pada fase menggambar konstruksi, pasien tidak menirukan gambar yang diberikan petugas. Kesimpulannya pasien memiliki kognitif sedang dari data DS dan DO di temukan etiologi ketidakmampuan membuat ketrampilan yang telah di pelajari, ketidakmampuan mengingat informasi faktual, ketidakmampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan, tidak mampu mengingat peristiwa yang baru saja terjadi, tidak mampu menyimpan informasi baru, mudah lupa, dan masalahnya adalah Kerusakan memori. Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan kerusakan memori (00131)

DS: pasien mengatakan tidak mandi karena dingin ,DO: Tn. L.A mengeluh seluruh tubuhnya terasa gatal- gatal. kulit pasien tampak kotor dan bersisik, tampak pakaian pasien kotor dan berbau, serta keadaan umum berantakan, pasien tampak menggaruk-garuk badan, dari data pengasuh mengatakan Tn. L.A malas mandi, jika mandi tidak dijaga hanya mencuci muka,

menggunakan sabun mandi untuk cuci rambut. Dari data DS dan DO di temukan etiologinya ketidakmampuan membasuh tubuh, ketidak mampuan mengakses kamar mandi, ketidak mampuan mengambil perlengkapan mandi. Ketidakmampuan mengatur air mandi, ketidakmampuan menjangkau sumber air dan masalahnya adalah Defisit perawatan diri. Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan defisit perawatan diri mandi. (00108)

#### **3.1.4. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil analisa data maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan, kerusakan memori (00131), dan defisit Perawatan diri mandi (00108).

#### **3.1.5. Intervensi Keperawatan**

Adapun perencanaan dari Diagnosa keperawatan kerusakan memori yang dapat ditegakkan Diagnosa 1 dengan kode 00131, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kesadaran klien terhadap identitas personal, waktu dan tempat meningkat atau baik dengan indikator/ kriteria hasil: NOC: Mengenal kapan klien lahir, Mengenal orang atau hal penting, Mengenal hari bulan tahun dengan benar, Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik, Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat, Klien mengenal identitas diri dengan baik, Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat. NIC: 1) Mengenal kapan klien lahir , Mengenal orang atau hal penting. 2) Mengenal hari bulan tahun dengan benar. 3) Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik. 4. Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat. 5. Klien mengenal identitas diri dengan baik, 6. Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat.

Diagnosa 2 defisit perawatan diri mandi, dengan kriteria hasil : Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan defisit perawatan diri selama 3 X 24 jam, diharapkan pasien dapat meningkatkan perawatan diri selama dalam perawatan, dengan kriteria hasil: NOC: Mengambil alat/ bahan mandi, Mandi di bak mandi, Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun, Mencuci badan bagian atas dan bawah, Mengeringkan badan menggunakan handuk. NIC: mandikan pasien dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampoh di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan

sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri., sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

### **3.1.6. Implementasi keperawatan**

Untuk diagnosa 1 dilakukan pada tanggal 27 mei jam 09.00 mengenali nama hari (senin sampai sabtu), tanggal, tempat waktu dan memperkenalkan orang (nama) memperkenalkan nama kita sendiri, setiap hari menanyakan nama apakah masih ingat atau tidak. Mengenali nama tempat (kenanga), mennyayakan peristiwa yang telah terjadi( pagi tadi telah melakukan apa).

Untuk diagnosa 2 dilakukan pada tanggal 27 mei 2019 jam 08.15 mandikan pasien dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri. sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

Untuk diagnosa 1 dilakukan pada tanggal 28 mei 2019 jam 09.00 mengenali nama hari (senin sampai sabtu), tanggal, tempat waktu dan memperkenalkan orang (nama) memperkenalkan nama kita sendiri, setiap hari menanyakan nama apakah masih ingat atau tidak. Mengenali nama tempat (kenanga), mennyayakan peristiwa yang telah terjadi( pagi tadi telah melakukan apa).

Untuk diagnosaa 2 dilakukan pada tanggal 28 mei 2019 jam 08.menayakan pasien apakah sudah mandi, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secaramandiri. sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

Untuk diagnosa 1 dilakukan pada tanggal 29 mei 2019 jam 10.00 Untuk mengenali nama hari (senin sampai sabtu), tanggal, tempat waktu dan memperkenalkan orang (nama) memperkenalkan nama kita sendiri, setiap hari menanyakan nama apakah masih ingat atau tidak. Mengenali nama tempat

(kenanga), menenyayakan peristiwa yang telah terjadi( pagi tadi telah melakukan apa).

Untuk diagnosaa 2 dilakukan pada tanggal 29 mei 2019 08.15 mandikan pasien dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampho di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secaramandiri. sediakan lingkungan yg teraupetik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

### **3.1.7. Evaluasi**

Pada hari kamis tanggal 30 mei 2019 jam 9.3 diagnosa 1: S: pasien mengatakan hari kamis, tanggal tidak tau, jam 09.00, tahun tidak tau, nama lupa, menyebutkan nama tempat wisma kenanga, teman wisma lupa nama O: pada saat dikaji ditanya jam dapat menjawab yaitu jam 9, hari juga dapat menjawab hari kamis, tanggal tidak tau, tahun tidak tau menanyakan kembali nama perawat Tn. L.A mengatakan lupa, nama teman sewisma pun ingat satu orang saja yaitu opa obe A: masalah teratasi sebagian. P : intervensi di lanjutkan.

Untuk diagnosa 2 S: pasien mengatakan sudah mandi pada pagi hari. O: pasien tampak segar, rambut kotor, kepala bau, dan pengasuh mengatakan Tn. L.A sudah mandi tetati tidak keramas rambut, Karena untuk kesadaran mandi sendiri tidak ada, harus dijaga untuk proses mandi. A: masalah masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan.

## **3.2. Pembahasa**

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan yang ada pada “Asuhan Keperawatan pada Tn. L.A dengan diagnosa medis Demensia di Wisma Kenanga Panti Werdha, Kota Kupang”. Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada Tn. L.A selama 4 hari mulai tanggal 27-30 mei 2019, penulis mengangkat 2 diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya dalam 5 (lima) langkah dari proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

### **3.2.1. Pengkajian**

Pada saat dilakukan pengajian ditemukan Tn. L.A dari hasil pengkajian subjektif dan objektif tampak kotor, ketika ditanya ia mengatakan sudah mandi namun dari data pengasuh wisma mengatakan belum mandi. Dan juga tidak mengetahui jam, hari, tanggal, bulan, tahun tempat tinggal, nama tempat bahkan lupa keluarganya.

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian dengan menggunakan format pengkajian tabel MMSE pada teori didapatkan Tn. L.A dengan nilai skor 7 yaitu kerusakan kognitif sedang.

#### **4.2.2.Diagnosa keperawatan.**

Menurut Nugroho ada 2 diagnosa keprawatan pada pasien dengan demensia meliputi : Kerusakan Memori, Defisit Perawatan Diri.

Berdasarkan kasus ada 2 diagnosa yang ditegakan. Kerusakan memori didapatkan karena pasien mengatakan Lupa nama orang, nama teman sewisma, nama hari, tanggal, jam, bulan, tahun, tidak dapat mengingat kembali apa yang dilakukan. pada saat memperkenalkan nama setelah 2 menit di tanya kembali pasien tampak lupa dan kebingungan. Dari hasil studi kasus ini di temukan diagnosa sesuai dengan diagnosa sesuai denagn teori yaitu diagnosa kerusakan memori dengan kode 00131

Untuk diagnosa Defisit perawatan diri mandi didapatkan Pasien tampak kotor, menggunakan baju yang sama, ketika di tanya apakah sudah mandi, Tn. L.A mengatakan sudah mandi, namaun setelah di tanya ke pengasuh pasien belum mandi karena Tn. L.A beralasan dingin dan haya tidur bermalas-malasan. Pasien mandi saat di suruh dan harus di bantu. Jika tidak di bantu maka pasien hanya menyiram air lalu keluar. Dari hasil studi kasus ini di temukan diagnosa sesuai dengan teori yaitu diagnosa defisit perawatan diri denagn kode 00108

#### **3.2.4. Intervensi Keperawatan**

Diagnosa 1 dengan kode 00131, NIC: 1) Mengenal kapan klien lahir, Mengenal orang atau hal penting. 2) Mengenal hari bulan tahun dengan benar. 3) Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik. 4. Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat. 5. Klien mengenal identitas diri dengan baik, 6. Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat.

Untuk Diagnosa 2: Mengambil alat/ bahan mandi, Mandi di bak mandi, Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun, Mencuci badan bagian atas dan bawah, Mengeringkan badan menggunakan handuk.

Untuk 2 diagnosa yang ditemukan penulis sudah sesuai apa yang ada pada teori, sebagai perencanaan dalam melakukan tindakan keperawatan

#### **3.2.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang digunakan pada tanggal 27-30 mei 2019 pada diagnosa kerusakan memori : mengenali nama hari (senin sampai sabtu), tanggal, tempat waktu dan memperkenalkan orang (nama) memperkenalkan nama kita sendiri, setiap hari menanyakan nama apakah masih ingat atau tidak. Mengenali nama tempat (Kenanga), menanyakan peristiwa yang telah terjadi (pagi tadi telah melakukan apa). Semua tindakan yang dilakukan sesuai apa yang direncanakan dan tidak ada kesenjangan antara konsep dan kasus.

Implementasi yang digunakan pada tanggal 27-30 mei 2019 pada diagnosa Defisit perawatan diri mandi : ajarkan pasien mandi dengan tepat, bantu pasien menyiapkan handuk, sabun dan sampoh di kamar mandi, dorong pasien untuk mandi sendiri, berikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu merawat dirinya secara mandiri. sediakan lingkungan yang terapeutik, suasana rileks dan nyaman serta menjaga privasi pasien. Semua tindakan yang dilakukan sesuai apa yang direncanakan dan tidak ada kesenjangan antara konsep dan kasus.

#### **3.2.5. Evaluasi**

keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis. Pada hari kamis tanggal 30 mei 2019 untuk diagnosa 1: S pasien mengatakan hari senin, tanggal tidak tau, jam 09.00, tahun tidak tau, nama lupa, menyebutkan nama tempat kenanga, teman wisma lupa nama hanya ingat nama opa obe, mengatakan kegiatan pagi menyapu. O: pada saat dikaji ditanya jam dapat menjawab yaitu jam 9, hari juga dapat menjawab hari kamis, tanggal tidak tau, tahun tidak tau menanyakan kembali nama perawat Tn L.A mengatakan lupa, nama teman. Menanyakan peristiwa : menyapu, ternyata pasien tidak bekerja menyapu. A: masalah teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan.

Untuk diagnosa 2 S: pasien mengatakan sudah mandi pada pagi hari. O: pasien tampak kotor, rambut kotor, kepala bau, dan pengasuh mengatakan Tn. L.A belum mandi. Karena untuk kesadaran mandi sendiri tidak ada, harus dijaga untuk proses mandi. A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan.

Dari hasil evaluasi yang di lakukan di temukan pada diagnosa 1 kerusakan memori masalah teratasi sebagian, dan pada diagnosa 2 defisit perawatan diri masalah belum terarisi karena waktu penelitian yang sangat singkat di harapkan intervensi di lanjutkan oleh perawat panti.

### **3.3. Keterbatasan dalam penulis**

- 1). Hanya melakukan di satu lansia demensia dan tidak ada pembandingan.
- 2). Keterbatasan waktu dimana melakukan studi kasus hanya sampai empat hari sehingga masalah tidak dapat teratasi sampai tuntas.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1. Kesimpulan**

##### **4.1.1. Pengkajian**

Tn. L.A berusia 75 tahun mengatakan tidak mengetahui tanggal, waktu, bulan dan tahun, nama tempat tidak tau mengatakan tinggal disini. Hanya mengetahui namanya sendiri, tidak dapat menjawab hari tanggal waktu tahun. pasien hanya Menjawab nama saja. Menggunakan pegkajiaan MMSE skor 7: Kesimpulannya pasien memiliki kognitif sedang, mengatakan lupa nama teman sewisma hanya ingat opa obe, Tn. L.A mengatakan tidak mandi karena dingin, mengeluh seluruh tubuhnya terasa gatal- gatal. kulit pasien tampak kotor dan bersisik, tampak pakaian pasien kotor dan berbau, serta keadaan umum berantakkan, pasien tampak mnenggaruk-garuk badan

##### **4.1.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang ditegakkan oleh penulis adalah Kerusakan memori, Defisit perawatan diri mandi.

##### **4.1.3. Intervensi Keperawatan**

Diagnosa 1 . Mengenal kapan klien lahir , Mengenal orang atau hal penting, Mengenal hari bulan tahun dengan benar, Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik, Klien mengenal identitasdiri dengan baik, Klien mengenal identitas orang disekitar dengan tepat

Diagnosa 2. Mengambil alat/ bahan mandi, Mandi di bak mandi, Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun, Mencuci badan bagian atas dan bawah, Mengeringkan badan menggunakan handuk.

##### **4.1.4. Implementasi keperawatan**

Untuk diagnosa 1: Mengenal kapan klien lahir, Mengenal orang atau hal penting., Mengenal hari bulan tahun dengan benar, Klien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik, Klien dapat menjawab



pertanyaan dengan tepat. Klien mengenal identitas diri dengan baik, Klien mengenal identitas orang disekitar.

Untuk diagnosa 2: Mengambil alat/ bahan mandi, Mandi di bak mandi, Mandi dengan bersiram dan menggunakan sabun, Mencuci badan bagian atas dan bawah, Mengeringkan badan menggunakan handuk.

#### **4.1.5. Evaluasi Keperawatan**

Dignosa I, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Untuk Diagnosa II masalah belum teratasi intervensi di lanjutkan.

#### **4.2. Saran**

##### **1. Untuk Institusi Pendidikan**

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggi dan menghasilkan tenaga kesehatan yang profesional berwawasan global.

##### **2. Bagi Pelayanan Kesehatan**

Lebih meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan lansia dengan kerusakan memori Demensia.

##### **3. Untuk Penulis**

Sebagai pembanding antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik keterampilan dan pengalaman.

##### **4. Untuk Panti Werda**

Khususnya perawat di panti melanjutkan perawatan terhadap masalah yang belum teratasi

## DAFTAR PUSTAKA

- Azizah. (2011). Keperawatan Lanjut Usia. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Boedhi – Darmojo. 2009. *Geriatric Ilmu Kesehatan Usia Lanjut. Edisi 4*. Jakarta: FKUI
- Copel,L,C. (2007). Kesehatan jiwa dan psikiatri. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Corwin, J. Elizabeth. 2009. *Buku Saku : Patofisiologi.Ed.3*.Jakarta : EGC
- Kushariyadi.2010. *Askep pada Klien Lanjut Usia*.Jakarta : Salemba Medika.
- Nugroho, H. wahjudi. (2009).Keperawatan Gerontik dan Geriatrik Edisi 3. Jakarta: EGC
- Santoso, H Dan Ismail A.(2009). Memahami krisis lanjut usia. Jakarta : Gunung Mulia.
- Potter & Perry. (2005). Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik  
Jakarta: EGC
- Kyoto (2011). *Cognitive development. New Jersey*: Prentince Hall inc
- Craven dan Hirnle (2000). *Permasalahan strategis, ( Terjemahan )*. Jakarata
- Nanda (2015). Diagnosis Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi. Edisi 10 editor .  
Jakarata
- World health organitation (2009). WHO global report in older age Prancis. WHO.

## **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

### **Lampiran 1**

#### **SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Topik	: Dimensia
Sasaran	: Tn. L.A
Tempat	: Panti Werda
Hari/Tanggal	: 29 Mei 2019
Waktu	: 1 X 30 Menit

---

#### **A. Tujuan Instruksional Umum :**

Setelah mengikuti penyuluhan mengenai hipertensi selama 30 menit, masyarakat mampu memahami tentang apa itu hipertensi.

#### **B. Tujuan Instruksional Khusus :**

Setelah dilakukan penyuluhan mengenai hipertensi, maka masyarakat mampu:

1. Menyebutkan pengertian dari dimensia
2. Menyebutkan penyebab dimensia
3. Menyebutkan gejala klinis dimensia
4. Melaksanakan cara pencegahan dimensia

#### **C. Sasaran**

Tn. L.A

#### **D. Materi**

Terlampir

#### **E. Media dan sumber bahan**

Leaflet

#### **F. Metode**

1. Ceramah
2. Tanya jawab

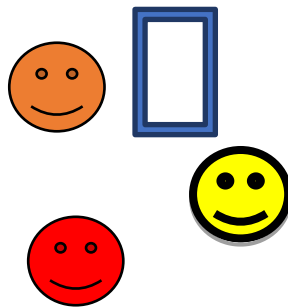
### G. Pengorganisasian

Dosen Pembimbing : Dr. Rafael Paun SKM, M.kes

Pemateri : Edith Theresia goy

Moderator : Edith Theresia goy

### H. Setingan Tempat



#### Keterangan Gambar:



## I. Rencana Kegiatan

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1	5 Menit	Pembukaan: 1. Memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan. 3. Melakukan kontrak waktu. 4. Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	1. Menyambut salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan
2	20 Menit	Pelaksanaan : 1. Menjelaskan tentang dimensi 2. Menjelaskan tentang penyebab dimensi 3. Menjelaskan tentang gejala dimensi 4. Menjelaskan tentang dimensi 5. Sesi tanya Jawab	1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Bertanya dan Menjawab.
3	5 Menit	Penutupan: 1. Menanyakan pada peserta tentang materi yang diberikan dan reinforcement kepada peserta bila dapat menjawab & menjelaskan kembali pertanyaan/materi 2. Mengucapkan terima kasih kepada peserta. 3. Mengucapkan salam	1. Menjawab & menjelaskan pertanyaan. 2. Mendengarkan 3. Menjawab salam

## **J. Kriteria Evaluasi**

1. Evaluasi struktur
  - 1) Kesiapan media dan tempat
  - 2) Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum dan saat penyuluhan.
2. Evaluasi Proses :
  - 1) Peserta antusias terhadap materi penyuluhan.
  - 2) Peserta mengajukan pertanyaan.
  - 3) Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan.
3. Kriteria Hasil :
  - 1) Pelaksanaan penyuluhan berjalan dengan baik.
  - 2) Peserta yang hadir 75%
  - 3) Peserta mampu menjelaskan kembali tentang:
    - (1) Pengertian dimensia
    - (2) Etiologi dimensia
    - (3) Gejala dimensia
    - (4) Cara Pencegahan d

## **MATERI PENYULUHAN**

### **I. Pengertian demensia**

Demensia adalah gangguan fungsi intelektual atau gangguan Alzheimer, kerusakan memori, pengetahuan umum, pikiran abstrak, penilaian, dan interpretasi atas komunikasi tertulis dan lisan dapat terganggu

### **II. Penyebab penyebab demensia**

Penyebab utama dari demensia adalah penyakit Alzheimer yaitu yaitu menurunnya daya ingat, kemampuan berpikir dan perubahan perilaku. penyebab lainnya adalah dari factor umur atau penuaan dan juga factor genetic

### **III. Tanda dan Gejala Hipertensi**

1. Menurunnya daya ingat yang terus terjadi
2. Gangguan orientasi waktu dan tempat, misalnya: lupa hari, minggu, bulan, tahun, tempat penderita demensia berada
3. Penurunan dan ketidakmampuan menyusun kata menjadi kalimat yang benar, menggunakan kata yang tidak tepat untuk sebuah kondisi, mengulang kata atau cerita yang sama berkali-kali

### **IV. Pencegahan demensia**

Hal yang dapat kita lakukan untuk menurunkan resiko terjadinya demensia diantaranya adalah menjaga ketajaman daya ingat dan senantiasa mengoptimalkan fungsi otak, seperti :

1. Mencegah masuknya zat-zat yang dapat merusak sel-sel otak seperti alkohol dan zat adiktif yang berlebihan
2. Membaca buku yang merangsang otak untuk berpikir hendaknya dilakukan setiap hari
3. Melakukan kegiatan yang dapat membuat mental kita sehat dan aktif, seperti Kegiatan rohani & memperdalam ilmu agama.

## Lampiran 2

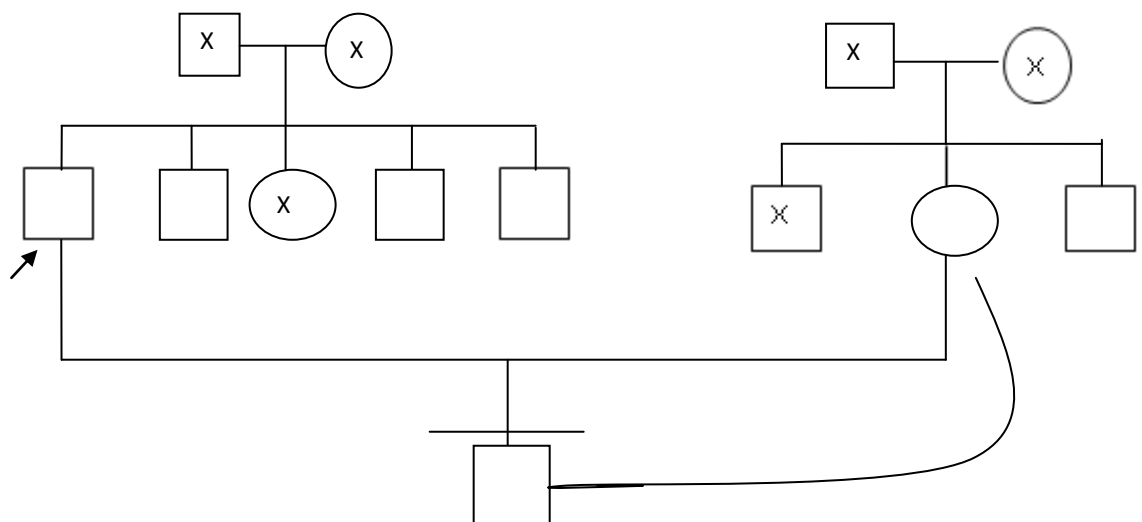
### TERAPI KOGNITIF

#### 1. Pemeriksaan status kognitif (Short Portable Mental Status Questionnaire)

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
	✓	1	Tanggal berapa hari ini?
	✓	2	Hari apa sekarang?
✓		3	Apa nama tempat ini?
	✓	4	Di mana alamat Anda?
✓		5	Kapan Anda lahir?
	✓	6	Berapa umur Anda?
	✓	7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
	✓	8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
✓		9	Siapa nama ibu Anda?
	✓	10	Angka 20 dikurangi 3=? Dan seterusnya dikurangi 3
	7		Jumlah





Pemeriksaan status kognitif pada Tn. L. A menjawab 10 pertanyaan salah 7 benar 3 pasien ada pada keterangan salah 6-8 : kerusakan intelektual sedang.

#### 2. Riwayat keluarga /Silsila keluarga





Keterangan: Laki-laki hidup

Laki-laki mati	
Perempuan hidup	
Prampuan mati	
Pasien	
Tinggal serumah	.....

Tn.L.A mengatakan orang tuanya sudah meninggal dunia sedangkan orang tua dari istrinya juga sudah meninggal dunia, pasien juga mengatakan ada 5 bersaudara dia adalah anak pertama dan saudara dari istrinya ada 3 bersaudara istrinya adalah anak yang ke 2 Pasangan ini mempunyai satu orang anak. Pasien mengatakan dia tidak tau riwayat yang pernah di derita oleh keluarganya.

### Lampiran 3

#### DAFTAR SINGKATAN

NO	Singkatan	Kepanjangan
1	WHO	<i>World Health Organisation</i>
2	Lansia	Lanjut usia
3	Depkes RI	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
4	UPTD	Unit Pelaksanaan Teknis Daerah
5	<i>NIC</i>	<i>Nursing Intervention Classification</i>
6	<i>NOC</i>	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
7	<i>GCS</i>	<i>Glasgow Coma Scale</i>
8	BB	Berat badan
9	TB	Tinggi Badan
10	TD	Tekanan Darah
11	<i>SPMSQ</i>	<i>Short Portable Mental Status Questsionnaire</i>
12	<i>MMSE</i>	<i>Mini Mental Status Exam</i>
13	Ny	Nyonya
14	DS	Data subyektif
15	DO	Data obyektif

Lampiran 4










**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**



**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS**

Nama Mahasiswa : Edith Theresia Goy  
Nim : PO.530320116243  
Kelas : Tingkat III Reguler A  
Nama Pembimbing : Dr. Rafel Paun SKM.,M.kes

No	Hari/Tanggal	Rekomondasi Bimbingan	Paraf pembimbing
1	Senin, 27/05/2019	Mengambil khusus sesuai kasus yang ada di panti werda dan menyusun BAB I dan BAB II dan konsultasi kembali tanggal 28	
2	Selasa, 28/05/2019	Membuat latar belakang kasus, ambil data dari panti dan NTT tentang dimensia membuat media penyuluhan dimensia	
3	Rabu, 29/05/2019	Memperbaiki BAB I dan BAB II dan mengikuti ujian Akhir program	
4.	Kamis,30/05/2019	Melengkapi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi sesuai dengan kasus yang di ambil	
6	Jumat, 31/05/2019	Konsultasi mulai dari BAB 1 Sampai dengan BAB 4	
7	Selasa, 4/05/2019	Perbaikan cara penulisan dari Bab 1 sampai Bab 4	
8	Kamis, 7/05/2019	Konsultasi mulai dari halaman depan, lembar persetujuan, lembar pengesahan, biodata	

		penulis, kata pengantar, abstrak, dan perbaikan cara penulisa BAB 1 Sampai dengan 4, daftar pustaka, Lampiran.	
8	Senin, 7/05/2019	Acc Hasil Studi khusus	